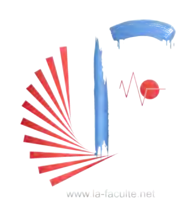
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













STAPHYLOCOCCIES

1. BACTERIOLOGIE

- Coccie Gram positif, non encapsulé, groupé en grappe
- Aérobie et anaérobie facultatif, pousse sur tout les milieux (peu exigent en culture), très résistant ds le milieu extérieur
- Sur gélose, les colonies st arrondies, luisantes et opaques

- Ils sécrètent ou non un **pigment jaune** :
  - **staph doré** ou **aureus** svt pathogène
  - **staph blanc** généralement saprophyte

- Caractère pathogène du germe :
  - il produit une **coagulase**
  - fermente le mannitol.

staph à coagulase positive	■ **Staph DORE ou aureus** ■ les + virulents pour l'individu sain, responsables de la + part des inf communautaires ■ S aureus résistants à la méticilline SARM ou oxa-R principalement observés en milieu hospitalier (chirurgie, réa, brulés, onco, longs séjours…) ■ SARM communautaires (pas ATCD, ni facteur de risque d'acquisition de SARM) responsables principalement d'inf cutanées et + rarement inf pulmonaires graves
staph à coagulase négative	■ **Staph BLANC** ■ surtout pathogènes en présence de matériel étranger (cathéter, prothèse…) ou d'immunodépression ➢ staph épidermidis ➢ staph saprophyticus ➢ staph hominis ➢ staph capitis

- Résistance à la méticilline ou oxacilline problème de santé publique, staph méti-R ou oxa-R résistants :
  - B.Lactamines
  - Quinolones
  - Macrolides

- Staph communautaires st habituellement sensible à la méticilline ou oxacilline

- Staph aureus et staph blancs st tous 2 responsables d'infections nosocomiales.

2. RESERVOIR - TRANSMISSION

- Les staph contaminent largement :
  - Surfaces
  - Sol
  - Eau

- Homme est le principal réservoir :
  - Malade
  - **Porteur de lésions ouvertes**
  - **Porteur sain** hébergeant la bactérie au niveau :
    - Fosses nasales
    - Intestin
    - Peau et ses annexes glandulaires (aisselles – périnée)

- Prévalence du portage sain : 20 – 30 % ds population générale, incluant des porteurs transitoires ou permanents.

- La transmission est :
  - Direct / lésion ouvertes
  - Indirecte / manuportée.

Ils secrètent des exotoxines douées d'un pouvoir :

- nécrosant
- hémolytique (hémolysines)
- diffusant (hyaluronidase)

3. PHYSIOPATHOLOGIE

- **Lésions staph st remarquables / leur tendance** :
  - A la nécrose
  - Leur évolution vers la suppuration (pyogène)
  - Fréquence des thromboses veineuses péri focales (phlébites et micro phlébites point de départ d'essaimage et de généralisation de l'infection).

- Staph se st montrés aptes à acquérir une résistance aux ATB. L'ATBie largement employée détruisent les espèces sensibles et sélectionnant les résistances.

- **Staphylococcies st les conséquences :**
- Le + svt d'une **inoculation banale** (PE cutanée, plaie minime, excoriation, point de pénétration d'un cathéter)

- Autres PE muqueuses rares :
  - Infection nasobuccale
  - Génitale
  - Urinaire
  - Ostéite / contigüité

- Parfois d'un **contact avec un porteur de germe** (foyers épidémique, crèches, services hospitaliers, maternités…)

- **Terrain favorisant** : diabète, Nné, NRS, corticothérapie…

- **S. aureus possède de nombreux facteurs de virulence :**

- Enzymes : coagulase induit la formation de microthrombi vasculaires septiques an niveau du foyer initial qui peuvent se fragmenter et favoriser la dissémination.

- Exotoxines : - Exfoliatines A et B
  - Toxine du choc toxique staphylococcique (TSST-1)
  - Entérotoxines A et D
  - Leucocidine de Panton-Valentine

- Ag pariétaux : protéine A, peptidoglycane, Ac teichoique favorisent la diffusion de la bact ds les tissus.

- 2 propriétés favorisent la persistance des staph :
  - Leur aptitude à adhérer aux épithéliums et aux structures inertes (corps étrangers, prothèse)
  - Production d’exo polysaccharides formant un biofilm imperméable aux ATB.

- Essaimage / vois sg de staph à partir d’un foyer infectieux primitif peut être à l’origine de métastases septiques II, pouvant toucher n’importe quel organe avec une prédilection pour l’endocarde et l’os.

4. CLINIQUE

1. STAPHYLOCOCCIES CUTANEOMUQUEUSES

1.1 Staphylococcies du follicule pilosébacé

a) Folliculite aigue profonde : abcés intra folliculaire de la gaine du poil

- **Furoncle** :

- papule rouge – tuméfaction conique, chaude, douloureuse, toujours centré / un poil. Sur cette élevure apparait en 2 ou 3 j une pustule jaunâtre qui s'ouvrira et laissera évacuer vers le 6e j le bourbillon purulent, résultat de la nécrose folliculaire
- il peut se voir partout ou il ya des poils :

- cou
- région ano-périnéale
- fesse

- pubis
- avant-bras, dos de la 1ère phalange des doits
- conduit auditif externe → très douloureux
- lèvre sup → SMF

➢ Manipuler (pression, tentative d'expression du bourbillon, grattage, incision → complications :
- de voisinage (abcés sous furonculeux, lymphangite, adénite)
- extension de l'inf staph : thrombophlébite – septicémie

➢ Furonculose récidivante : favorisée / persistance de gites microbiens (cicatrices de lésions ANT, cavités naturelles) ces inf peuvent se répéter → invalidantes

- Anthrax : conglomérat de furoncles
- Orgelet : furoncle ciliaire
- Sycosis : placard de folliculite (sycosis de la barbe)

b) Folliculite aigue superficielle : suppuration localisée à l'orifice du follicule

1.2 Staphylococcies épidermiques

a) Impétigo	Dermatose bulleuse du visage (bouche, narines) et des membres, puis s'étend au reste du corps par auto-inoculation. jeune enfant+++
b) onyxis et péri onyxis	Inf chronique du mur unguéale ou du bourrelet péri Unguéale
c) Tourniole	Panaris développé ds l'épiderme péri unguéale

1.3 Staphylococcies du tissus cellulaire sous cutané

- **Panaris :**
- inoculation accidentelle de la pulpe d'un doigt
- Siège le + svt à la pulpe d'un doigt, parfois à la 2e ou 1ère phalange
- Tuméfaction rouge vif, tendue, douleur vive pulsatile, empêchant le sommeil

- Complications > 4e j, panaris des 1ère phalanges :
- Phlegmon de la gaine du tendon fléchisseur (flexion douloureuse irréductible du doigt)
- Ostéite de la phalange
- Septicémie

- **Abcès sous cutanés**
- **Cellulite avec lymphangite et adénite**
- **Phlegmon ou adénophlegmon**
- **Hidrosadénite :**

➢ Suppuration des glandes sudoripares des axillaires et des creux inguinaux

➢ Hidrosadénite récidivante : facteurs favorisant, macération, diabète, VIH, allergie à des vêtements.

1.4 Staphylococcies cutanées du Nné et NRS :

- Omphalite
- Abces du cuir chevelu
- Pyodermite
- péri onyxis

2 aspects sont propres au Nné

- Penphigus épidémique :
  Dermatose bulleuse très contagieuse, auto inoculable, + svt cuisse ou abdomen, pas d'atteinte palmo-plantaire, évoluant / petites épidémies, pouponnières de maternités.

- Panniculite aigue nécrosante :
  Nécrose cutanée extensive débutant généralement au niveau du tronc, placard rouge induré s'étendant en cuirasse, d'évolution très sévère.

1.5 Staphylococcie maligne de la face

- Consécutive furoncle de la face, traumatisé / manouvres intempestives
- Se révèle / cellulite diffuse de la face d'évolution rapide
- Placard staphylococcique rouge violacé, froid, peu douloureux, sans bourrelet périphérique,
- Extension fréquente vers le tissu cellulaire rétro orbitaire avec protrusion du globe orbitaire et chémosis.
- L'évolution locale se fait vers une extension du processus phlébitique avec cordons veineux thrombosés visibles sur le front, le cuir chevelu, l'angle de l'œil.
- Risque de thrombophlébite du sinus caverneux avec ophtalmoplégie et manifestations ménongoencéphalitiques
- Hyperthermie et AEG

1.5 Staphylococcies des muqueuses

- Phlegmon de l'amygdale
- Sinusites
- Otites surtout otites récidivantes
- Certaines laryngites
- Certaines conjonctivites qui compliquent un orgelet ou une blépharite staph.

1. SEPTICEMIES A STAPH

- Staphylococcémies sont les + fréquentes des bactériémies
- Le passage de staph ds le sg à partir d'un foyer primaire, favorisé / formation de thrombophlébite suppurée, responsable de métastases septiques poly viscérales avec risque de choc septique.

- Ds les formes communautaires la PE est habituellement cutanée, inconnue ds 30 % des cas.

- Bactériémies nosocomiales st les + fréquentes, compliquent svt une infection :
- sur cathéter
- du site opératoire

3. LOCALISATIONS VISCERALES

3.1 Endocardite

- Complique 10 % des bactériémies à staph aureus
- **Endocardites sur valve natives**
- Développés sur endocarde lésé, parfois sur cœur sain
- PE svt non retrouvée ds les End communautaires (effraction cutanée passée inapercue)
- Début aigue
- Emboles septiques cutanées :
- purpura vésiculopustulleux
- bulles nécroticohémorragiques
- hémorragies sous unguéales ou sous conjonctivales

- Emboles septiques vasculaires :
- thromboses artérielles
- anévrismes mycotiques
- Troubles hémodynamiques : rapidité des délabrements valvulaires
- End tricuspidienne : toxicomane ou porteur cathéter central, révélée / emboles pulmonaires à répétition.

- **Endocardite sur valves prothétiques**
  - apparition rapide ou retardée après l'intervention
  - désinsertion brutale du matériel
  - remplacement valvulaire

3.2 Staphylococcies ostéoarticulaires

a) Ostéomyélite aigue :

- Greffe bact sur l'os à l'occasion de décharges bactériémique
- Enfant, adolescent
- Furoncle, plaie traumatique, plaie chronique diabétique
- Métaphyse de l'os long, région du cartilage de conjugaison
- Tibia, fémur, humérus, poignet, hanche, vertèbres, maxillaires, crane, calcanéum
- Début très aigue, fièvre élevée, état général atteint
- Douleur très intense, impotence quasi complète, douleur de fracture sans fracture,
- Douleur juxta-épiphysaire et non pas articulaire, à la hauteur du cartilage de conjugaison, douleur de part en part tout au tour de l'os.

- Rx normale les 1ers jours, zones décalcifiées avec réaction périostée, sans rupture de la corticale.
- Risque ostéomyélite chronique, Rx géodes entourées de condensation et d'épaississement périostée et un ou plusieurs fragments osseux formant des séquestres ds la géode, chirurgie, réveil d'ostéomyélite à craindre.

b) Ostéo-arthrite de la hanche du NRS :

- Pseudo paralysie douloureuse du membre, puis tuméfaction et attitude vicieuse,
- Rx : altération de la métaphyse, décollement de l'épiphyse, svt une subluxation / ostéomyélite et destruction des surfaces articulaires / arthrite suppurée.

c) Arthrite septique hématogène ou post traumatique (iatrogène = inj locale septique de corticoïde)

d) Spondylite staphycoccique : corps vertébral ou mur post. Spondylodiscite peuvent se compliquer d'épidurite et/ou d'abcès ds les parties molles ou les psoas. Aigue ou subaigüe, simule parfois mal de Pott.

e) Sternite : complication d'une thoracotomie, risque médiastinite.

f) Infection sur matériel d'ostéosynthèse : bactérie produit un bio film inhibant l'action des ATB.

3.3 Staphylococcie pleuro-pulmonaires

- **Pneumopathie staphylococcique primitive adulte** :
  - Infiltrations parenchymateuses ± étendues
  - Microabcés
  - Bulles → pyopneumothorax ou pleurésie prulente
  - Complique svt pneumopathie virale ou d'inhalation (fausses routes, intubation orotrachéale).
- Les S. aureus producteurs de la leucocidine de Panton-Valentine (toxine PVL) sont à l'origine de pneumonies nécrosantes sévères.
- **Staphylococcie pleuro-pulmonaires du NRS** :
  - Polypnée intense, fièvre, déshydratation
  - Auscultation pauvre
  - Troubles digestifs dominent, ballonnement abdominale pseudo-occlusif

- Images très changeantes d'un jour à l'autre : images labiles
- Infiltrats ou opacités pommelés X
- Bulles arrondies avec ou sans niveau liquide (pneumopathie bulleuse).
- Abcès X ou unique
- Epanchement pleural
- Pneumothorax ou pyopneumothorax

- **Abcès du poumon** :
- origine embolique
- parfois provoqué / corps étranger

3.4 Staphylococcies urogénitales

- Pyélonéphrites :
  - Diabétiques+++
  - Risque nécrose papillaire du rein

- Abcès du rein :
  - Douleur lombaire unilatérale
  - Fièvre
  - Polynucléose sg
  - Abcès s'ouvre ds les voies urinaires

- Phlegmon péri néphrétique :
  - ouverture d'un abcès staph cortical ds l'atmosphère péri néphrétique
  - Début progressif, AEG
  - Empâtement profond de la fosse lombaire et œdème de la paroi

- Abcès de la prostate :
  - complication fréquente des staphylococcémies
  - Formes subaigües et prolongées
  - TR prostate augmenté de volume, douloureuse, ferme ou ramollie,
  - Dysurie, pyurie inconstantes
  - Abcès s'ouvre svt ds l'urètre

- Épididymite staph :
  - Aigue = gonococcie
  - Subaigüe = BK

3.5 Staphylococcie neuroméningées

- Abcès cérébral
  - Compliquant bactériémie
  - Foyer juxta crânien
  - Intervention chir

- Méningite

- Epidurite staph : douleurs rachidiennes intenses, fièvre, contracture des muscles para vertébraux, apparition rapide de signes de compression médullaires → paraplégie flasque avec anesthésie dont la limite sup s'élève graduellement.

3.6 Myosites staphylococciques ou pyomyosites

- Fréquentes enfant et adulte jeune
- Siègent préférentiellement au niveau du tronc (muscle ilio-psoas), cuisses (quadriceps) et fesses.
- Svt après un traumatisme ou d'un effort musculaire intense
- début insidieux, sensibilité musculaire localisée et des crampes
- 10 à 21 j + tard, signes généraux + marqués, douleurs musculaires franches et inflammation en regard et apparition d'abcès intra-musculaire(s)
- Dg ponction transcutanée, intérêt thérapeutique, et/ou / imagerie. La Rhabdomyolyse inconstante.
- En l'absence de TRT à ce stade, la **pyomyosite** évolue vers l'extension loco-régionale (ostéomyélite), et à distance (foyers II, septicémie)
- ATBie systémique, complétée / TRT chirurgical abcès volumineux

4. STAPHYCOCCIES TOXINIQUES

Toxines sécrétées / certains S aureus :

- Exfoliatines A et B (atteinte cutanées)
- Toxine du choc toxique staph TSST-1 (expression cutanée et général)
- Entérotoxines A à D (expression digestive et général)

a) Syndrome d'exfoliation généralisé (Lyell)

- Syndrome de nécrolyse épidermique / exfoliatines A et B
- Syndrome des enfants ébouillantés
- Dermite exfoliatrice du Nné
- Svt NRS, enfant < 5 ans, rarement adulte immunodéprimé
- Erythrodermie bulleuse, fébrile

- Succédant à une inf staph muqueuse bénigne (ORL, conjonctivale ou vulvaire)
- Début brutal, hyperthermie
- Éruption scarlatiniforme ou morbiliforme commençant autour des plis
- En 1 à 2 j, se produit une exfoliation, d'abord localisée autour des plis, aux régions périorificielles ou aux zones de frottements
- A ce niveau la pression du doigt → décollement de l'épiderme
- Les grandes bulles contenant une lymphe citrine, se déchirent rapidement, mettant à nu de vastes érosions épidermiques.
- Atteinte des muqueuses (conjonctivite, stomatite érosive, chéilite)

- Forme mineure : impétigo bulleux, les bulles en nombre et taille variable siégeant surtout sur les membres, en 7 à 10 j, elles évoluent vers la rupture laissant une cicatrice lisse et dépigmentée.
- Hémocultures stériles, staph présent foyer primitif, ds liquide des bulles.

b) Syndrome de choc toxique staphylococcique

- Entérotoxine TSST-1
- Fièvre en plateau 39°
- Hypotension → choc
- Erythrodermie scarlatiniforme généralisée ou palmoplantaire suivie 7 à 15 j après le début d'une desquamation intense.
- An niveau des extrémités, parfois alopécie et chute des ongles.
- Hémocultures stériles, S aureus toxinogène site infectée ou portage.

- Atteintes viscérales st habituelles, 3 au moins pour porter le Dg
  - Muqueuses (hyperhémie conjonctivale, pharyngite, glossite, vaginite exsudative)
  - Digestives (vomissements, diarrhée aqueuse, douleurs abd), hépatiques (ictère ou cytolyse).
  - Musculaires (myalgies / rhabdomyolyse ou ↑ CPK, ↑ K+)

- Neurologiques (convulsions, parésie, coma)
- Rénale (hyperazotémie, hématurie ou nephropathietubulo-interstitielle aigue)
- Respiratoire (OAP avec détresse respiratoire)
- Syndrome hémorragique (thrombopénie ou CIVD)
- Pancréatite aigue
- Poly ADP superficielles
- Guérison 8 à 10 j sous ATB + TRT symptomatique, clindamycine inhiberait la production de toxine.
- **Forme mineure du choc toxique staphylococcique : syndrome scarlatin staphylococcique**
- Après qq j d'évolution du foyer initial
- Début brusque, fièvre, céphalées, malaise digestif, douleurs abd
- Erythème scarlatiniforme apparait en 48 h, d'abord autour du foyer de suppuration puis Il généralisée
- Il s'éteint en 6 à 7 j, suivie / desquamation cste

c) Entérocolites staphylococcique

- Toxi-infections intestinales à staph svt collective
  - Entérotoxines thermostables (résistantes à la cuisson) préformé ds l'aliment incriminé
  - Incubation courte (qq h)
  - Non fébrile

- Entérocolites staphylococcique post ATBie : rare

5. INFECTIONS A STAPHYLOCOQUES COAGULASE NEGATIVE

- Svt II à la pose de matériel
- Surviennent ds un contexte nosocomiale ou post opératoire
  - Chirurgie cardiovasculaire
  - Neurochirurgie
  - Réa
  - Orthopédie
  - Hémodialyse
- Manifestation cliniques diffèrent des inf à S aureus / leur :
  - caractère moins virulent
  - évolution + lente
- **Infections sur cathéters :**
  - Cathéters de perfusions IV ou d'hémodialyse, Tableau de phlébite, lymphangite ou cellulite, parfois bactériémique

- Cathéters de dialyse péritonéale péritonéale : fièvre , douleurs abd,
- Cathéters de dérivation du LCR : signes neuroméningés, parfois associés à des signes d'irritation péritonéale s'il s'agit de dérivation ventriculopéritonéale.

- **Endocardites sur prothèses valvulaires**
  - Post opératoire précoce ds les 2 mois après la chirurgie
  - Tardive d'évolution subaigüe
- **Ostéo-arthrites sur matériel**
  - Inf post opératoire sur prothèse de hanche
  - Genou
  - Parfois sur matériel d'ostéosynthèse
- **Infection communautaires à staphylocoque coagulase négative**
  - **Exceptionnels**
  - **S. lugdunensis cause rare endocardite sur valve native**
  - **S. saprophyticus 5 à 10 % des cystites**

5. DIAGNOSTIC

a) Arguments anamnestiques

b) Arguments cliniques : Dg est clinique pour les formes cutanées typiques (furoncle, panaris)

c) Arguments biologiques

- Hémocultures avant ATB (inf systémiques ou graves)
  - Présence de S aureus ds 1 hémoculture doit toujours être considéré comme pathologique
  - Plusieurs hémocultures st svt nécessaires pour affirmer qu'un SCN n'est pas une contamination
- Prélèvement de la PE
- Prélèvement de la localisation II

6. TRAITEMENT

a) Staphylococcies superficielles cutanées :

- Généralement communautaires
- S. aureus méti-S ou oxa-S

Pénicilline M	Amoxicilline + acide clavulanique	C1G	Pristinamycine
Oxacilline Bristopen* E 100 mg/kg/j A 2-3 g/j PO 2-3 prises	Augmentin A 2-3 g/j E 50-80 mg/kg/j PO 3 prises sans dépasser 3g/j	Céfalexine Kéforal* E 50 mg/kg/j A 2-3 g/j PO 2-3 prises	Pyostacine* PO E 50 mg/kg/j A 2-3 g/j PO 2-3 prises
Cloxacilline Orbénine* E 100 mg/kg/j A 2-3 g/j PO 2-3 prises meilleure biodisponibilité (absorption digestive)		Céfazoline Céfacidal* E 100 mg/kg/j A 3-4 g/j 3-4 prises IV IM	

b) Staph résistants à la méticilline (méti-R)

- ß-lactamines inefficaces
- TRT de référence : Glycopeptides **Vancomycine*** IV
- Rifampicine, Acide fusidique, Fluoroquinolones, Cotrimoxazole et Fosfomycine peuvent être associés selon l'antibiogramme
- Il ne faut jamais utiliser Fluoroquinolones, Rifampicine, Acide fusidique et Fosfomycine en monothérapie en raison du risque de sélection de mutants résistants.

5.1. Indications

5.1.1. Staphylococcies cutanées

- Furoncle non compliqué relève d'un TRT local (crème, pommade).
- Panaris ou abcès doivent être incisés et un TRT ATB peut être prescrit au décours, sans preuve formelle d'efficacité / rapport au TRT chirurgical seul.
- SMF relèvent d'une ATBie parentérale.

TRT DE l'IMPETIGO DE L'ENFANT

1- ATB / voie générale (sauf forme très localisée), active staph, strept, 10 j

- pénicilline M : oxacilline (bristopen sirop) 50 mg/kg/j
- macrolide : josamycine (josacine sirop) 50 mg/kg/j
- synergistines : pristinamycine (pyostacine) 50 mg/kg/j

2- Traitement local :

- bain quotidien avec un antiseptique moussant : Chlorhexidinc (Plurexid)
- désinfection locale avec un antiseptique pur : Chlorexhidine (Scpteal)
- ramollir les croûtes avec une pommade ATB : acide fusidique (Fucidine)
- enlever les croûtes ramollies

3- Mesures d'hygiène essentielles dans une collectivité d'enfants :

- lavage répétés des mains
- ongles coupés ras
- changement fréquent du linge

4- Eviction scolaire jusqu'à la guérison.
5- Examen de l'entourage et TRT simultané de tous les sujets atteints
6- Recherche d'une protéinurie 3 semaines après l'impétigo.
7- Adulte recherche et TRT de la dermatose sous-jacente.

TRT DU FURONCLE

1. Soins locaux :
- Ne pas manipuler +++
- Antiseptique (QS antiseptiques) +/- ATB local (acide fusidique)
- Extraire le bourbillon à la pince quand le furoncle est mûr

2. Mesures d'hygiène (étendues à l'entourage immédiat si porteurs de S.aureus)
- Lavage fréquent des mains, surtout après les soins, avec coupe des ongles ras et brossage soigneux
- Vêtements larges
- Changement fréquent du linge (qui doit être personnel)
- Arrêt de travail pour certaines professions à risque de contamination (alimentation, milieu médical...)

3. Pas d'antibiothérapie générale
- Sauf furoncle médio-facial ou X ou terrain débilité (immunodéprimés, diabète)
- pénicillines M (cloxacilline orbenine* 1 g x 2/j),
- macrolides (roxithromycine rulid* 150 mg x 2/j)
- synergistines (pristinamycine pyostacine* 1 g x 2/j)

TRT D'UNE FURONCULOSE

1. TRT Des furoncles : TRT habituel

2. Des gîtes :

- nettoyage antiseptique : douches à la chlorexidine (Plurexid)
- antibiothérapie locale antistaphylococcique 2 fois/j, 1 semaine/mois pdt plusieurs mois / acide fusidique (crème Fucidine) ou muciporine (pommade Mupiderm) en cas de S.aureus résistant à l'acide fusidique
- antibiothérapie générale : inefficace

5.1.2. Staphylococcies profondes

- Association ATB bactéricides et synergiques IV forte dose :
- TRT complémentaire PE, localisation II :
  - retrait et remplacement des cathéters de perfusion
  - drainage chirurgicale de collection
  - ablation de matériel étranger septique osseux ou cardiaque
  - Ligature exérèse d'une veine siège de thrombose septique responsable de bactériémie persistante sous ATB.

- **Durée du TRT fonction de la gravité et du siège de l'inf** :
  - Septicémie sans localisation viscérale : 2 semaines au minimum
  - Pneumopathie abcédée : 3 semaines au minimum
  - Endocardite : 4 à 6 semaines
  - Ostéoarthrite : 6 semaines à 3 mois ou + ds formes chroniques
  - Méningite sans collection IC : 2 semaines

Septicémie ou bactériémie à staph

	1ère intention	Alternative
S méti-S	Pénicilline M + Gentamycine E 150 mg/kg/j — E 2 - 3 mg/kg/j A 8 - 12 g/j — A 3 - 6 mg/kg/j IV 4-6 prises — IV 1 prise	Ofloxacine + Rifampicine A 400 - 600 mg/j — E 20 - 30 mg/kg/j IV PO 2-3 prises — A 1,2 - 1,8 g/j PO IV 2-3 prises
S méti-R	Vancomycine + Gentamycine 30 mg/kg/j IV 2 prises	

Endocardite		
	1ère intention	Alternative
S méti-S	Pénicilline M + Gentamycine ± Rifampicine	Vancomycine + Gentamycine
S méti-R	Vancomycine + Gentamycine ± Rifampicine	Vancomycine + Acide fucidique **E 20 - 40 mg/kg/j** **A 1 - 1,5 g/j** **PO IV 2-3 prises**

Méningites		
	1ère intention	Alternative
S méti-S	Céfotaxime + Fosfomycine E 200 mg/kg/j E 200 mg/kg/j A 8 - 12 g/j A 12-16 g/j IV 4-6 prises IV 6 prises	Ofloxacine + Rifampicine
S méti-R	Vancomycine (perf continue) + Rifampicine	- Céfotaxime + Fosfomycine - Vancomycine + Gentamycine

Ostép-articulaire		
	1ère intention	Alternative
S méti-S	Pénicilline M + Gentamycine	Ofloxacine + Rifampicine
S méti-R	Vancomycine + Rifampicine ou Ac fucidique	Pyostacine + Rifampicine (ou Af) E 200 mg/kg/j A 3 g/j PO

MESURES PREVENTIVES

- Hygiène des mains pour lutte contre nf nosocomiales à staph.

- Antibioprophylaxie pré opératoire antistaph (24 – 48 h au max)
  - chirurgie orthopédique, cardiovasculaire
  - recherche, TRT tout foyer staph avant l'intervention.

- Prophylaxie des toxi-infections alimentaires collective
  - Recherche des porteurs de staph ds l'industrie alimentaire
  - Education du personnel et stricte application des règles d'hygiène professionnel (hygiène des mains, des tenues, des locaux…).